

年 月 日

病後児保育事業医師連絡票

実施施設長 殿

医療機関 所在地
名 称
医 師 名
電話番号

病後児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。
なお、下記児童は病気の回復期にあると判断します。

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
児童氏名					
病名・病状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	〈病名不明のとき〉 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳嗽 25 喘鳴 26 発疹 27 その他 ()		
	02 咽頭炎	12 突発性発疹症			
	03 扁桃腺炎	13 手足口病			
	04 気管支炎	14 伝染性紅斑 (りんご病)			
	05 ぜん息・ぜん息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)			
	06 消化不良症	16 麻疹			
	07 感冒性嘔吐症	17 水痘			
	08 自家中毒症	18 百日咳			
	09 中耳炎・外耳炎	19 風疹			
	10 結膜炎 (流角結を含む)	20 その他 ()			
隔離の要否 (番号に○)	1 要 ・ 2 否				
安静度 (番号に○)	1 ベッド上安静 2 室内安静 (ベッド上での生活が主, 他児との静かな遊びは可) 3 室内保育 (他児と室内で軽い遊び程度ならよい)				
食事 (番号に○)	1 普通 (幼児) 食 2 離乳食 (初期 ・ 中期 ・ 後期) 3 ミルク ・ 牛乳のみ 4 下痢食 5 アレルギー食 (除去内容)				
症状経過及び 医師の指示事項	【利用見込日数: 日】				
処方内容 (御記入いただく か、処方箋の コピーを添付 してください。)	与薬方法 : 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ 指定時間 (時間毎)				
	薬品名 ・ 用量 ・ 用法				